Ein atypischer Fall

von

Raynaud'scher Krankheit.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Jena

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Ludwig Blendermann,

approb. Arzt aus Bremen.

Druck von Fr. L. Seifert, Lichtenhain.

1904.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Jena Referent Herr Professor Dr. Stintzing.

Jena, den 7. August 1904.

Prof. Dr. Gärtner
d. Z. Dekan.

Hiermit gebe ich die eidesstattliche Versicherung ab, dass ich ausser einigen Ratschlägen, sowie der angegebenen Literatur keine weitere Beihülfe erhalten habe.

Blendermann.

Ein atypischer Fall von Raynaud'scher Krankheit.

Ein französischer Arzt Maurice Raynaud hat im Jahre 1862 eine Arbeit „de l'asphyxie locale et de la gangrène symmétrique des extrémités" geschrieben. Man hat die hier beschriebene Krankheit nach ihrem ersten Beschreiber Raynaud'sche Krankheit genannt. Jedoch haben wir es nicht mit einer Krankheit zu thun, die durch einen ganz bestimmten pathologisch-anatomischen Befund festgelegt ist, sondern vielmehr nur mit einem bestimmten Symptomenkomplex. Dieser Symptomenkomplex kann ein sehr mannigfacher sein, je nachdem das eine oder andere Symptom fehlt oder mehr oder weniger stark ausgeprägt ist. In den typischen Fällen von Raynaud'scher Krankheit ist der Verlauf etwa folgender:

Es tritt anfallsweise ohne deutlich erkennbare Ursache unter meist heftigen Schmerzen an symmetrischen Stellen der oberen oder unteren Extremitäten resp. an beiden zugleich anfänglich eine Blässe, sogenannte „Totenfinger", und später eine cyanotische Verfärbung auf.

Derartige Anfälle können sich in beliebigen Abständen, beliebig häufig und in beliebiger Stärke wiederholen, können dann ausbleiben, und es kehrt alles zur Norm zurück. Es bleiben keinerlei schädliche Folgen. Es handelt sich dann um die sogenannte „lokale Asphyxie" einen sehr leicht verlaufenden Fall von Raynaud'scher Krankheit.

Oder aber die Anfälle häufen sich resp. sie treten von Anfang an schwerer auf. Die Verfärbung ist eine intensivere. Die anfangs nur leicht cyanotisch gefärbten Extremitäten-Enden werden dunkelblau, lila, schliesslich schwarz, und es kommt in den ausgeprägten

und schweren Fällen schliesslich zur Gangrän. Die Gangrän tritt wie vorher erwähnt in den meisten Fällen symmetrisch auf und zwar je nachdem an einzelnen Fingern oder Zehen oder in den schlimmsten Fällen sogar an sämtlichen Fingern und Zehen, sodass es hier zu weitgehender gangränöser Abstossung kommen kann. Ebenso spontan wie die Erkrankung auftritt, kommt sie zur Heilung, mit mehr oder weniger grossen Defekten. Teilweise stossen sich die gangränös gewordenen Partien von selbst ab, teilweise müssen sie auf chirurgischem Wege entfernt werden.

Die Raynaud'sche Krankheit ist eine ziemlich seltene Affektion. In der ganzen Literatur giebt es etwa 200 Fälle. Frauen sind weit häufiger befallen als Männer, das Verhältnis ist nach Cassirer 62,5 % zu 37,5 %. Die arbeitende Klasse ist weit stärker beteiligt als die Gebildeten. Am häufigsten kommt die Krankheit in den ersten 5 Lebensjahren, sodann besonders zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre vor.

Nach Raynaud wird die Krankheit infolge anormaler Innervation durch eine Contraktion der kleinsten Gefässe bedingt. Das symmetrische Auftreten versucht Raynaud durch den Sitz der Anomalie im Gefässnerven-Zentrum zu erklären. „Unter normalen Verhältnissen ist dies Zentrum im Zustande einer mittleren tonischen Erregung.“ Landois.

Nach Hochenegg kann es zur symmetrischen Gangrän kommen durch die verschiedensten Ernährungsstörungen, sodann durch Hysterie, durch Neuritis, sowie durch Gehirn- und Rückenmarks-Erkrankungen.

Andere haben Traumen, schwere psychische und körperliche Anstrengungen, ferner Störungen der Menstruation heranzuziehen versucht.

Mit Ausnahme von ein oder zwei Fällen, wo man eine schwere Neuritis als Ursache der symmetrischen Gangrän hat feststellen können, hat man bis jetzt keine bestimmten pathologisch-anatomischen Befunde bei Raynaud'scher Krankheit nachweisen können.

Praedisponierend wirkt nach der Ansicht vieler Autoren die Beschäftigung mit kalten und nassen Gegenständen, was auch die oben erwähnte grössere Beteiligung der arbeitenden Klasse erklärt.

Hat man es mit einem Fall von symmetrischer Gangrän oder mit deren Vorläufer, der symmetrischen Asphyxie zu tun, so muss man zuerst sämtliche anderen Erkrankungen, die ein gleiches Krankheitsbild machen können, ausschliessen. Man muss also Erfrierung, Thrombose, Embolie, senile Gangrän, Diabetes, Ergotismus und alle anderen toxischen Angioneurosen bestimmt auf Grund genauer Untersuchung und Anamnese ausschliessen, ehe man die Diagnose „Raynand" stellen darf.

Vorliegenden Fall möchte ich zur Casuistik der Fälle von Raynaud'scher Krankheit hinzufügen.

Die Krankengeschichte der medizinischen Klinik in Jena lautet darüber folgendermassen: „Patientin Anna August, Landwirtstochter aus Kieselbach, 20 Jahre alt. Aufgenommen am 15. II. 04, ungebessert entlassen am 23. V. Patientin hat sich am 14. VI. noch einmal auf einige Tage in der Klinik vorgestellt.

Anamnese: Die Eltern der Patientin leben und sind gesund, ebenso 8 Geschwister. Mit 15 Jahren hat Patientin eine Blutvergiftung am Mittelfinger der rechten Hand durchgemacht, sonst will sie stets gesund gewesen sein. Eintritt der Menses mit 15 Jahren, doch haben dieselben einmal ein viertel und einmal ein ganzes Jahr ausgesetzt. Seit einem Jahre menstruirt Patientin regelmässig alle 4 Wochen, die Blutungen sind gering. — Schon als Schulmädchen hat Patientin häufig in den Fingern ein Gefühl von Taubsein gehabt, die Finger sind dann ganz weiss geworden (Totenfinger). Später, seit etwa einem Jahre, ist auf dieses Weisswerden eine Blaufärbung der Finger gefolgt, die anfangs nur die Enden der Finger betraf, dann die ganzen Finger, Hände und schliesslich auch die Unterarme bis etwas unterhalb der Ellenbogen. Anfangs sind diese Anfälle im Winter häufiger gewesen wie im Sommer. Jetzt treten sie täglich mehrere Male auf und dauern einige Minuten bis eine Viertelstunde. (Doch werden die Hände nie mehr weiss, sondern direkt stark blau bis lila.) Patientin hat dann auch keine so feine Empfindung in den Fingerspitzen wie sonst und kann feine Arbeiten nicht ausführen. Schmerzen hat sie bei diesen Anfällen nie. Doch hat Patientin fast immer, auch in der anfallsfreien Zeit, ein starkes Kältegefühl an den Händen, dieselben sind auch immer mit kaltem Schweiss bedeckt. Einige Male ist auch eine Blaufärbung der Füsse eingetreten.

Status präsens. Patientin ist von gutem Ernährungsstand, Knochenbau und Muskulatur ist gut entwickelt. Panniculus adiposus mittelstark. Haut normal, ohne Narben, Ödeme und Exantheme.

Die Haut beider Hände ist meist, auch in der anfallsfreien Zeit cyanotisch verfärbt, nur zeitweise hat sie völlig normales Aussehen. An den Fingerspitzen verschiedener Finger sind ganz kleine narbige Einziehungen, die dem Aussehen nach von kleinen Hautdefekten herstammen. (Patientin erinnert sich nicht, je irgend welche Verletzung an den Fingernspitzen gehabt zu haben.) Die Finger, besonders beide Zeigefinger sind vorn auffallend spitz. Die Haut der Hände ist kühler wie die übrige Haut.

Drüsen- und Schleimhäute ohne besonderen Befund.

Thorax ist gut gebaut, beweglich. Supraclavikulargruben fast verstrichen. Lungenspitzen gleich hoch, gleich schallend. Lungengrenzen normal, verschieblich. Lungenschall sonor, nirgends Dämpfung. Atemgeräusch vesikulär. Kein Husten, kein Rasseln, kein Auswurf.

Herzgrenzen normal, Töne rein.

Abdomen im Niveau des Thorax. Ziemlich straffe, gut eindrückbare Bauchdecken. Magen nicht erweitert. Keine Peristaltik, kein Plätschern. Geringe nicht streng lokalisirte Druckempfindlichkeit im Epigastrium. Sonst keine vermehrten Resistenzen und keine druckempfindlichen Punkte.

Leber und Milz ohne besonderen Befund.

Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Nervensystem: Patellarreflexe etwas gesteigert. An den Fingerspitzen bestehen während der Anfälle leichte Paraesthesien und ein Gefühl von Taubsein. Die Empfindung ist dann für feine Berührung mit dem Haarpinsel etwas herabgesetzt. In anfallsfreier Zeit ist sie vollkommen normal. Ebenso ergiebt dann die Prüfung mit dem Aesthesiometer von Eulenburg vollkommen normale Resultate.

Elektrische Reizung sowohl mit dem faradischen als auch mit dem galvanischen Strom vom Muskel und von den Nerven aus ergaben normalen Befund. Ebenso hat direkte Reizung des Plexus keinerlei Einfluss auf die Anfälle.“

Die Krankheit hat somit wie ein ganz typischer Fall von Raynaud'scher Krankheit angefangen. Anfangs hat Patientin anfallsweise ohne besondere Ursache, ihrer Beschreibung nach zu urteilen, typische „Totenfinger" bekommen. Jahrelang ist diese Erscheinung in mehr oder minder grossen Zwischenräumen aufgetreten, und immer ist nachher ein normaler Zustand wieder eingetreten. Irgend welche, diese Anfälle auslösende Ursachen vermag Patientin auch auf genaues Befragen hin nicht anzugeben. Selbst zwischen kalter und warmer Witterung scheint kaum als auslösendes Moment ein wesentlicher Unterschied bestanden zu haben. Ebensowenig wurden die Anfälle regelmässig oder auch nur einigermassen häufig durch die Hantierung im kalten Wasser ausgelöst. Hatte Patientin Totenfinger, so fühlte sie sich in den Händen einigermassen ungeschickt. Sie konnte feinere Arbeiten nicht so gut ausführen wie sonst, hatte überhaupt ein gewisses Gefühl von Taubsein in den Händen. Schmerzen hat Patientin bei diesen Anfällen nie gehabt. Seit etwa einem Jahre hat Patientin gemerkt, dass ihre Finger erst weiss und dann blau werden. Die Weissfärbung ist dann ausgeblieben und nur noch die anfallsweise auftretende Blaufärbung gekommen, die zeitweise in Lila- bis Schwarzfärbung übergeht und entweder nur die Fingerspitzen, häufig aber ausser den ganzen Händen auch beide Unterarme bis zum Ellbogengelenk befällt. Auch hierfür weiss Patientin keinerlei einen Anfall auslösende Momente anzugeben, objektiv ist darüber ebenfalls nichts zu ermitteln. Weder durch kaltes oder durch warmes Wasser, noch durch die verschiedenen elektrischen Reizungsmethoden ist eine Beeinflussung zu entdecken.

Bei diesen Anfällen von lokaler Asphyxie hat Patientin ebenfalls keinerlei Schmerzen, ja kaum unangenehme Empfindungen, höchstens ein leichtes Kältegefühl.

Die Zahl der Anfälle ist sehr verschieden, ebenso auch ihre Stärke. Es kommen Tage vor, wo kein Anfall kommt, dann kommen einige leichtere Anfälle an einem Tage und dann kann es vorkommen, dass an einem Tage sich die schweren Anfälle häufen, wo sich auch die ganzen Unterarme fast schwarz verfärben. Die in der Krankengeschichte erwähnten, seltenenen Anfälle von Asphyxie der Zehen habe ich persönlich nie beobachten können, doch sind

dieselben auch in der Klinik eingetreten und von einem der Herren Assistenten gesehen worden.

Im normalen Zustande fühlen sich die Hände der Patientin immer ziemlich kühl an und sind auch stets etwas feucht.

Während der Anfälle sind die befallenen Partien stets gegen die umgebenden in der Temperatur bedeutend herabgesetzt. Ich lasse hier genaue Messungen an beiden Händen folgen. Die Messungen sind bei 20—22° Aussentemperatur mit einem genau geprüften Hautthermometer gemacht und zwar auf der Dorsal- und Volarseite der Finger, der Mittelhand und des Unterarmes beider Seiten. Normaler Weise schwanken hier die Hauttemperaturen zwischen 33 und 35°.

Rechts:

	Dorsalseite:		Volarseite:	
	1.	2.	1.	2.
Finger	30,5	23,8	31,6	24
Mittelhand	32,7	28,5	33,2	28,8
Unterarm	32,1	29	33,1	28,7
Links:				
Finger	28,7	24,5	29	24,6
Mittelhand	31,8	28,9	34,7	28,6
Unterarm	31,5	28,6	33,3	28,8

Die Messungen sind verschiedene Male wiederholt und immer sehr ähnliche Werte gefunden worden. Die ersten Werte wurden in der anfallsfreien Zeit, die zweiten im Anfall gefunden.

Merkwürdig ist, dass Patientin nie die geringste Spur von Schmerzen hat, die sonst bei Raynaud'scher Krankheit nur sehr selten fehlen, auch ist es auffallend, dass es trotz der langen Dauer der Affektion nie zur Gangrän gekommen ist. Die im Status angeführten, sehr kleinen, narbigen Einziehungen an den Fingerspitzen lassen allerdings an Substanzverluste denken, doch behauptet Patientin auf das aller Bestimmteste, ausser der Blutvergiftung im 15. Lebensjahre nie irgend welche Verletzungen an den Fingern und Händen gehabt zu haben. Man kann natürlich im vorliegenden Fall auch an eine Erfrierung mit ihren Folgeerscheinungen denken, die ja ein ähnliches Krankheitsbild machen, doch ist eine solche nach der Annamnese auf das Bestimmteste auszuschliessen.

Gegen eine Thrombose oder Embolie spricht das völlige Fehlen der Schmerzen, das anfallsweise Auftreten der Asphyxie ohne irgend welche Ödeme oder Anschwellungen, sowie das bestimmte Fehlen eines Vitium cordis oder anderer organischer Erkrankungen, die die Ursache zu einer Embolie oder Thrombose abgeben könnten. Ergotismus sowie vasomotorische Neurosen auf trophischer Basis sind ebenfalls nach der Anamnese nicht anzunehmen.

Man könnte auch an Akroparaesthesie denken, wofür vor allem das fortwährende Kältegefühl spricht. Doch fehlen zu dieser Krankheit wieder die Schmerzen, ebenso in der Anamnese die die Krankheit auslösende starke Kälteeinwirkung.

Für eine Hysterie, durch die ebenfalls ähnliche Krankheitsbilder wie das beschriebene hervorgerufen werden können, sprechen bei der Patientin sonst keinerlei Anzeichen, auch ist ein solch symmetrisches Befallensein der Extremitäten bei der Hysterie nicht vorhanden.

So möchte ich per exclusionem doch zu der Diagnose Raynaud'sche Krankheit kommen, und zwar zu einem atypischen Raynaud, dessen Hauptsymptom die Akrocyanose ist.

Das Bild der Raynaud'schen Krankheit ist ja, wie ich schon anfangs erwähnte, ein äusserst wechselndes und besonders in den Fällen, wo es nicht zur Gangrän gekommen ist, oder auch, so lange es noch nicht dazu gekommen ist, ist der Symptomenkomplex sehr wechselnd.

Unter den Fällen von Raynaud'scher Krankheit, deren Krankengeschichten mir teils vollständig, teils im Auszuge zur Verfügung standen, habe ich keinen gefunden, der mit dem von mir beschriebenen genau übereinstimmte. Am meisten ähnelt dieser Fall zwei von Cassirer, in dessen Werk über vasomotor. troph. Neurosen, beschriebenen Fällen, von denen einer von Cassirer selbst beobachtet wurde, während er den anderen nach Nothnagel citirt. Bei beiden ist auch die Akrocyanose das hervorstechendste Symptom. Der Beginn und vor allem auch der Verlauf ist ein schnellerer als in unserem Fall, aber das völlige Fehlen von Schmerzen, das sich teilweise sogar in Hypaesthesie ausserst, ähnelt dem Symptomenkomplex unseres Falles.

Ich möchte deshalb hier die Krankengeschichten beider Fälle einfügen, zuerst die des von Cassirer beobachteten Falles im Auszug.

Fräulein F., 19 Jahre alte Schlachtermamsell, zum ersten Male in der Poliklinik am 24. Januar 1897 untersucht. Patientin leidet seit Jahren im Winter an Frost der Hände. Früher schwollen die Hände oft an, platzten an einzelnen Stellen auf, die Risse waren recht schmerzhaft, besonders schlimm in diesem Jahre. 1890 und diesmal bekam sie auch Blasen an den Händen, die mit wasserhellem Inhalt gefüllt waren und aufgingen. Auch an den Füssen hat sie Frost gehabt. Seit 14 Tagen fällt ihr auf, dass die Hände ihre Farbe verändern, dunkelblau werden und kriebeln. Niemals trat Blässe der Hände und Finger ein, nur in der ersten Zeit war ein geringes Schwanken der Erscheinungen zu konstatieren, während in der letzten Zeit nur noch ganz progressiv eine Verstärkung der Verfärbung wahrnehmbar war. Es bestanden keine Schmerzen, nur ein stumpfes Gefühl in den Händen, Kriebeln und die Empfindung, als ob die Finger dick wären. Patientin war in letzter Zeit sehr matt, hatte schlechten Appetit, häufig Erbrechen nach dem Essen. Seit zwei Wochen fortwährend Kopfschmerzen und Ohrensausen, auch will sie schwerhörig geworden sein, ebenso in letzter Zeit schreckhaft und ängstlich. Die Untersuchung der kräftig gebauten und gut ernährten Patientin ergiebt Folgendes: Beide Hände sind in distalwärts zunehmender Weise blaurot verfärbt, Finger dunkelrot, auf dem Handrücken ist die Beimischung von Blau stärker. Diese Cyanose reicht 2—3 Querfinger breit über das Hankgelenk hinaus, dann kommen einige hellrote Flecken, am Oberarme ist die Färbung normal. An den Händen finden sich kleine, nicht schmerzhafte Risse und zahlreiche glatte, glänzende, kreisrunde oder strahlige Narben, offenbar von kleinen Geschwüren herrührend. Die Hände schwitzen stark und fühlen sich kalt an. Auch die Füsse zeigen einen gewissen Grad von Cyanose. An Händen und Füssen besteht eine starke Herabsetzung der Empfindlichkeit für alle Qualitäten, besonders für Kälte. Leichte Pinselberührungen werden gar nicht, nud Nadelstiche nur abgeschwächt empfunden. Patientin kann feinere Verrichtungen mit den Händen nicht vornehmen. Die elektrische Untersuchung ergiebt keinerlei Abweichungen. Die Sehnenphänomene an den Beinen sind etwas stark. Die weitere, tief in die warme Jahreszeit hinein fortgesetzte Beobachtung hat keine wesentliche Änderung des Krankheitsbildes erkennen lassen, auch im

warmen Zimmer blieb Cyanose und Kälte der erkrankten Teile stets bestehen und änderte nicht einmal wesentlich ihre Intensität. Zeitweise gab Patientin an, dass sie an der Grenze der cyanotischen Partien, dort, wo sich die roten Flecken befanden, ein Gefühl hätte, als ob sie mit heissem Wasser übergossen würde, hier fühlt sich die Haut abnorm heiss an. Leider sind keine thermometrischen Messungen gemacht worden. In kaltem Wasser nahmen die Hände und namentlich die Finger oft ein fast schwarzes Aussehen an. In warmem Wasser stellte sich ein sehr buntes Bild her, indem zahlreiche Stellen in dem cyanotischen Gebiet eine ziegelrote Färbung bekamen. Niemals wurde locale Synkope und ein spontanes Dunklerwerden der Finger beobachtet. Schmerzen fehlten stets, ebenso war nie Druckschmerzhaftigkeit der Nervenstämme nachweisbar. Die Sensibilitätsstörung war nicht zu beeinflussen, speziell nicht auf suggestivem Wege.

Die Behandlung bestand in faradischen Hand- und Fussbädern, in Massage und in allgemein tonisierender Therapie.

Die Kranke blieb nach etwa einem halben Jahre ungebessert aus der Behandlung weg.

In dem von Nothnagel beschriebenen Fall handelt es sich um ein Dienstmädchen M., 28 Jahre alt, keine Heredität, Patientin will nie krank gewesen sein. Menses regelmässig. 22. III. 1865 normale Geburt eines Kindes. Mitte April beobachtete sie zum ersten Male ein Kriebeln in den Fingerspitzen von nur zweitägiger Dauer, sie bemerkte ferner, dass sie in den Fingern schlechter fühle, dass diese wie abgestorben seien und dass sie im Dunkeln schlechter gehe als bei Tage.

Status praesens vom 20. Mai 1865. Allgemeinzustand gut. Lippen und Wangen von frischroter Farbe. Cirkulations-Respirationsapparat in normalem Zustande, nirgends Schmerzen, in den Händen und Füssen ein Gefühl von Abgestorbensein und eine kontinuirliche Kälteempfindung. Dieses Gefühl von Torpor ist beständig, stärker, wenn die Hände kalt sind, geringer, wenn sie erwärmt werden. Beide Hände sind stark cyanotisch gefärbt und ganz kalt trotz des warmen Wetters. An den Extremitäten ist die Empfindlichkeit für alle Qualitäten stark herabgesetzt, und zwar in zunehmender Intensität von den Oberarmen resp. Knieen bis zu den Händen resp. Füssen herab derart, dass hier eine ziemlich dicke Hautfalte

ohne die geringste Wahrnehmung durchstochen werden kann, während an den Grenzen der Sensibilitässtörung leichte Stiche nur stumpfer empfunden werden, als am übrigen Körper. Auch der Drucksinn ist herabgesetzt. Bei geschlossenen Augen macht Patientin kleine Bewegungen ungeschickt, vermag eine Stecknadel nicht vom Tische zu nehmen etc. Sie kann nur stricken, wenn sie genau hinsieht, im Dunkeln zu gehen ist ihr nur möglich, wenn sie sich anhalten kann, am Tage ist am Gange nichts Abnormes zu bemerken. Die Motilität selbst ist intact, auch die elektrische Untersuchung ergiebt keine Abweichung. Patientin gebrauchte ungefähr 6 Wochen lang innere Mittel, den faradischen Strom und warme Bäder, dann bekam sie heisse Senffussbäder, die Extremitäten wurden tüchtig gebürstet und die Hände mit Spiritus eingerieben. Ende August ist Patientin wieder ganz gesund.

Dieser Fall ist also dem von Cassirer beschriebenen sehr ähnlich, nur hat er den einen Unterschied, dass hier die Krankheit nach kurzer Behandlung in Heilung überging.

In unserem Falle ist mit der Therapie bis jetzt nicht der geringste Erfolg erzielt worden. Galvanisation des Plexus, warme Handbäder teils nur mit Wasser, teilweise auch mit Senfmehl, Biersche Stauung hatten keinerlei Erfolg. Insofern ähnelt er mehr dem Fall von Cassirer. Wenn nun Cassirer seinen Fall zu den Fällen von Raynaud'scher Krankheit rechnet, trotz des absoluten Fehlens von Schmerzen und trotz des vollkommenen Fehlens von Paroxysmen, trotzdem er betont, dass gerade auf das Vorkommen von Paroxysmen bei der Diagnose Raynaud'sche Krankheit der grösste Wert zu legen ist, so bin auch ich berechtigt im vorliegenden Falle die Diagnose auf Raynaud'sche Krankheit zu stellen.

Zwar fehlen in unserem Falle die Schmerzen vollkommen, von symmetrischer Gangrän sind auch keine Spuren nachzuweisen, aber es besteht anfallsweise eine starke Akrocyanose, die zu erklären auf andere Weise nicht möglich ist.

Wollen wir nun die Aetiologie der Krankheit in unserem Falle erfahren, so müssen wir uns die verschiedenen Theorieen über das Entstehen der Raynaud'schen Krankheit, die ich zum Teil schon Eingangs erwähnt habe, noch einmal vergegenwärtigen.

Nach Hochenegg, einem der besten Kenner der Raynaud'schen Krankheit, kann Erkrankung des Herzens und der grossen Gefässe, des Centralnervensystems und der peripheren Nerven, sowie der Muskeln möglich sein, wenigstens ist nur so eins der auffälligsten Symptome, das symmetrische Auftreten zu erklären.

Raynaud selbst verlegt, wie Anfangs erwähnt, den Sitz der Krankheit in das Central-Nervensystem, das ist eine Theorie, wodurch er sich die krankhaften Vorgänge zu erklären sucht, doch ist der Beweis hierfür nie durch irgend welche pathologisch-anatomischen Befunde bei der Sektion nachgewiesen worden. Und doch müssen wir in unserem Falle uns wohl der Raynaud'schen Theorie anschliessen, denn von Seiten der beiden anderen Systeme finden sich keinerlei pathologische Erscheinungen. Das Herz unserer Patientin ist vollkommen normal, es findet sich keine Vergrösserung des Herzens, keine Herzgeräusche, die Töne sind vollkommen rein.

Ebensowenig lässt der Befund auf eine Erkrankung der Gefässe schliessen. Eine Muskelerkrankung ist auch nicht nachweisbar, die Kraft der Patientin ist eine ganz gute und die Muskeln reagiren sehr prompt auf alle elektrischen Reizungen.

Wir müssen also eine Störung im Vasomotoren-Centrum durch eine unbekannte Ursache annehmen.

Von den als praedisponirend für Raynaud angenommenen Momenten passt für unsere Patientin keines genau. Menstruationsanomalien, die man zeitweise als solche mit annahm, hat unsere Patientin zwar gehabt, doch liegen dieselben schon weiter zurück, ausserdem ist das ein Moment, das von vielen Autoren nicht als gültig anerkannt wird. Zeichen von Anaemie oder Chlorose finden sich bei unserer Patientin gar nicht, eher schon leichte nervöse Symptome, wie zum Beispiel eine geringe Steigerung der Patellarreflexe.

Eins der wichtigsten praedisponirenden Momente ist zwar nicht mit Sicherheit auszuschliessen, weil es nur die Patientin selbst beobachtet haben könnte, aber in der Anamnese findet es sich nicht, das ist eine Erfrierung oder auch nur eine intensivere Kälte-Einwirkung, die den ersten Anfall ausgelöst hätte.

Trotzdem ist eine solche Schädigung als auslösendes Moment noch das wahrscheinlichste, denn bei der Patientin hat die Krankheit schon während der Schulzeit angefangen, wo doch Kinder noch nicht derart genau auf ihren körperlichen Zustand achten.

Wollen wir diese Vermutung nicht anerkennen, so müssen wir eben diesen Fall von Raynaud'scher Krankheit zu denen rechnen, bei denen man keine bestimmte Krankheitsursache angeben kann.

Literatur:

Hofmann, Herzneurosen.

Eulenburg und Landois, Vasomotor. Neurosen. Wiener, medizin. Wochenschrift 1867/68.

Nothnagel, Vasomotor. Neurosen. Deutsches Archiv für klin. Medizin II.

Hochenegg, Über symmetr. Gangrän und lokale Asphyxie. Medizin. Jahrbücher 1885.

Tesdorpf, Symmetr. Gangrän. Archiv für Psychiatrie. 33. Bd.

Cassirer, Vasomotor. troph. Neurosen. Hier findet sich auch eine sehr genaue Literaturangabe.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Rat Stintzing für gütige Überlassung der Arbeit, sowie Herrn Dr. Quenstedt für die freundliche Unterstützung bei derselben meinen besten Dank zu sagen.

Lebenslauf.

Ich Ludwig, Alwin, Rudolf Blendermann wurde am 30. Juni 1878 als Sohn des Richters Dr. jur. A. Blendermann und seiner Frau Auguste, geb. Duncker geboren. Die Schule besuchte ich in Bremen, wo ich Ostern 1899 das Gymnasium absolvierte. Dann diente ich ½ Jahr in Göttingen. Studierte darauf 5 Semester in Tübingen, wo ich Ostern 1901 das Physikum bestand. Ostern 1902 ging ich nach Leipzig, wo ich am 9. März 1904 mein Staatsexamen bestand.